

Знову про злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки у дітей

Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В.,

Микитенко В.В.

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” (м. Полтава)

На тлі невідомого збільшення кількості злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) серед населення України, в Полтавській області цей показник становить 2,3% від загальної кількості вперше діагностованих злоякісних утворень, в структурі яких у дорослих превалюють рак нижньої губи (41,7%), злоякісні пухлини слизової оболонки порожнини рота (СОПР) (29,9%), язика (15,8%) та великих слинних залоз (13,3%) [4].

Безсимптомність перебігу і “зтертість” клінічних проявів новоутворень на їх початкових стадіях розвитку, несвоєчасне звернення хворих за допомогою на тлі недостатньої інформованості медичних працівників з цього розділу медицини та відсутність у них онкологічної настороги призводять до того, що значна частина пацієнтів потрапляє на лікування із занедбаними формами. Зокрема, за даними статистичної звітності Полтавського обласного онкологічного диспансера кількість випадків із III й IV стадією злоякісного процесу в тканинах ЩЛД складає 41,6%, серед яких 54% – рак СОПР, 28% – рак язика, 10% – рак губи і 8% – рак слинних залоз [5].

Прикро, що у 55% випадків причиною пізнього звернення в спеціалізовані заклади є організаційно-методичні порушення: неповне обстеження хворих, клініко-діагностичні помилки (недооцінка клінічних даних, рентгенологічних змін, невірна верифікація та інтерпретація результатів додаткових методів обстеження), відсутність профілактичної роботи або нечітке визначення послідовності її планування, неякісні профілактичні огляди, затримка хворих на етапах лікувальної мережі [2, 3, 5]. І, як наслідок, близько 40% пацієнтів мають запущені форми злоякісних

процесів ЩЛД й шиї за вини лікарів, попри те, що значна частина новоутворень є доступною для проведення візуального та застосування додаткових методів дослідження [8].

В дитячій практиці ситуація виглядає не краще: серед 160 тис. людей, у яких щорічно в Україні первинно діагностуються злоякісні пухлини, 1,1% становлять діти. При цьому в доступній літературі, на жаль, зустрічаються поодинокі дані стосовно первинного і метастатичного ураження тканин ЩЛД у дітей, хоча розпізнавання та лікування онкостоматологічних захворювань у них на ранніх стадіях розвитку до теперішнього часу представляють значні труднощі, обумовлені великим різномаяттям клінічних проявів пухлин, віковими особливостями [7], залежністю діагностики злоякісних новоутворень від динаміки росту, локалізації, місцевих і загальних змін [6]. Тому, на наш погляд, й кількість лікарських помилок в дитячій практиці більша, ніж у дорослих.

Проблема набуває загальномедичного значення із урахуванням того, що через топографічні особливості анатомічних структур голови та шиї будь-яка патологія в ЩЛД взагалі є предметом діагностики і лікування спеціалістів різних профілів (стоматологів, щелепно-лицевих хірургів, оториноларингологів, окулістів, дерматологів, невропатологів та інш.) [1].

В своїх публікаціях [6, 7] ми вже піднімали питання про складнощі розпізнавання злоякісних пухлин у дітей, дійшовши висновку, що в їх діагностиці слід звертати прискіпливу увагу на детальний збір скарг, уточнення анамнезу захворювання, проводити ретельний огляд, більш широко використовувати додаткові методи обстеження.

Нами проаналізовано структуру злоякісних пухлин ЩЛД як первинного ураження, так і метастатичного характеру у дітей, які знаходились під нашим наглядом в клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології. Вік хворих коливався від 2,5 до 15 років. Для їх обстеження застосовували загальноклінічні методи дослідження, комп'ютерну та

магнітно-резонансну томографію. У всіх випадках проводили пункційну і ексцизійну біопсію з подальшою верифікацією біоптатів.

З'ясувалося, що всі хворі були направлені в клініку через 3-12 місяців від появи перших симптомів захворювання та звернення за медичною допомогою, причому у 100% випадків діагноз був помилковим, і встановлювали його вже на III-IV стадіях.

Серед нозологічних форм злоякісних новоутворень найчастіше зустрічався лімфогрануломатоз (27,8%) з піком захворюваності в старшому шкільному віці та метастатичне ураження лімфатичних вузлів ший (16,6%). Однаково часто (по 11,1%) діагностувалися злоякісний гістіоцитоз (Рис. 1), лімфобластома (Рис. 2), рабдоміосаркома (Рис. 3) і саркома Юінга. По 5,6% випадків припадає на інші первинні (Рис. 4) або метастатичні ураження щелеп при локалізації лімфосаркоми в черевній порожнині та аденокарциному піднижньощелепної слинної залози.

Найчастіше злоякісні новоутворення діагностувалися у віковій групі 12-15 років.

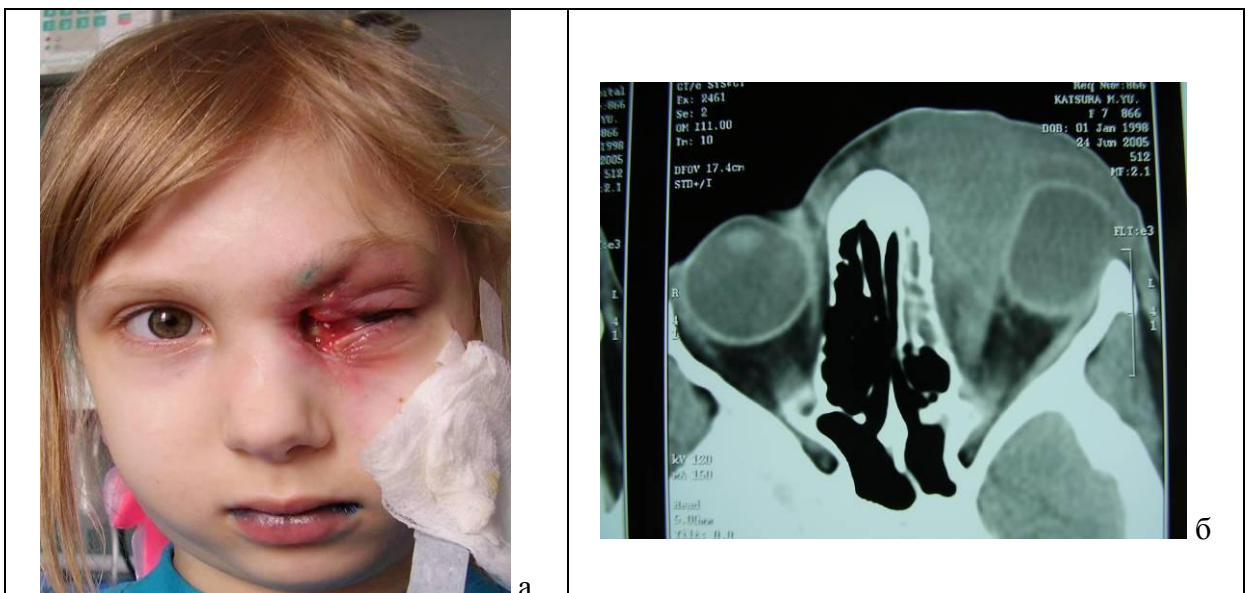
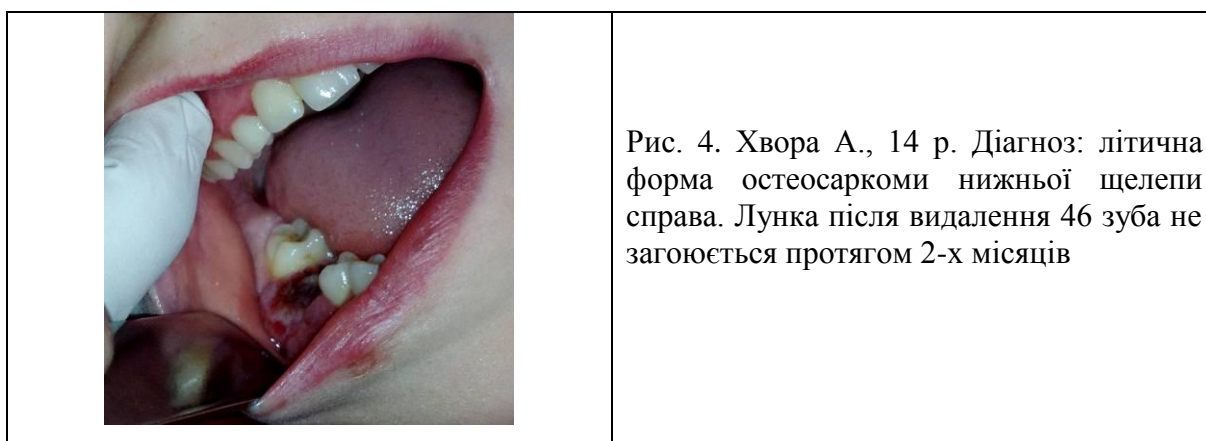
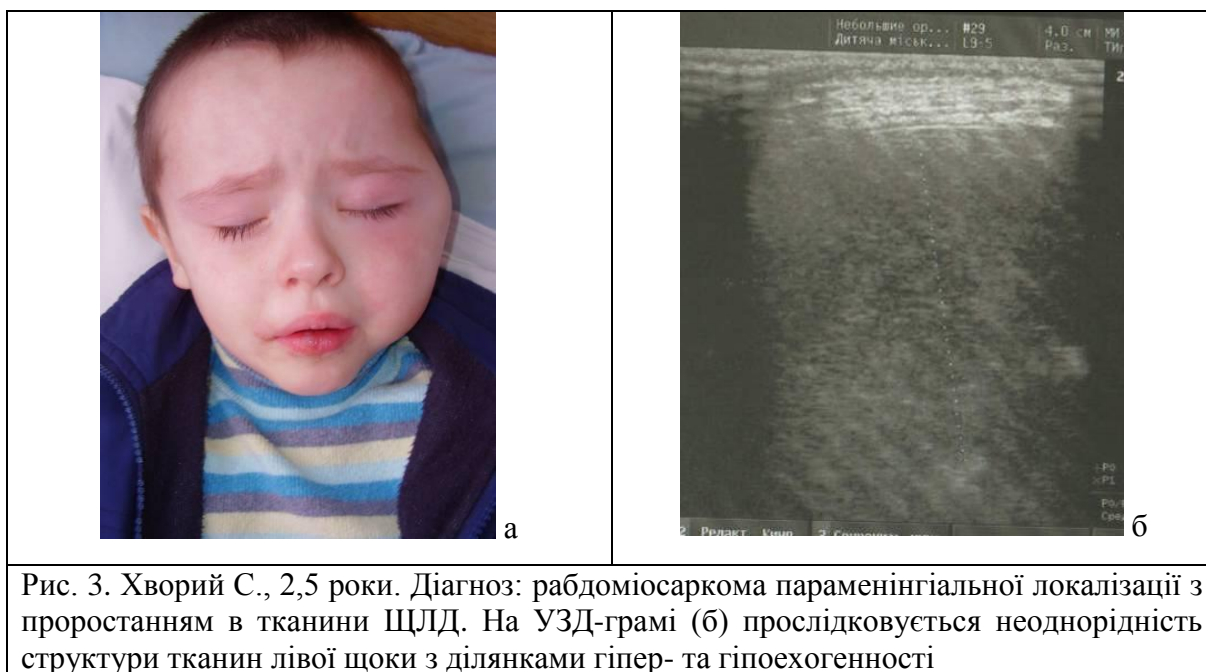


Рис. 1. Хвора К., 6 р. Діагноз: злоякісна серединна гранульома обличчя: а – загальний вигляд; б – томограма кісток лицевого і мозкового відділів черепа





Ознаки клітинної атипії в 66,7% випадках виявлено пункційною, а у 88,9% випадках – ексцизійною, біопсіями. У 11,1% пацієнтів з підозрою на метастатичне ураження лімфатичних вузлів бокової поверхні шиї пункційно не вдалося отримати інформацію і діагноз у них було підтверджено після безпосереднього видалення самої пухлини. Інформативність же комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії склала 100%.

На превеликий жаль, не дивлячись на комплексне лікування, що проводилось пацієнтам в спеціалізованих відділеннях, 33,3% хворих дітей померли протягом першого року від дня встановлення клінічного діагнозу.

Для ілюстрації представленого матеріалу і наочності сприйняття його змісту наводимо приклад із власної клінічної практики.

Батьки новонародженої дитини звернулися в клініку кафедри дитячої хірургічної стоматології зі скаргами на наявність на язиці дитини утворення, визначеного одразу після народження дитини.

При огляді дитини встановлено симетрію обличчя, природне забарвлення шкірних покривів та видимих слизових оболонок. Тургор шкіри не змінений. Відкривання рота вільне.

На дорсальній поверхні язика, ближче до його кореня, візуалізувалося шароподібне, на широкій основі, чітко відмежоване від сусідніх ділянок утворення розміром 3×4см, поверхня і колір слизової оболонки якого не відрізнялись від прилеглих тканин. Утворення мало твердоеластичну консистенцію та зміщувалося разом із слизовою оболонкою (Рис. 5а).

Результати цитологічного дослідження пункційного матеріалу дозволили встановити в пунктаті наявність лише епітеліальних клітин й еритроцитів (Рис. 5 б, в).



Нами встановлено попередній діагноз: рабдоміома дорсальної поверхні язика.

Дитину було госпіталізовано для проведення планового хірургічного втручання, а після всебічного передопераційного обстеження пацієнта з

консультацією суміжних спеціалістів під оротрахеальним наркозом пухлину видалено в межах здорових тканин, рану ушито наглухо (Рис. 6).



Макроскопічно пухлинна структура нагадувала м'язову тканину як зовні, так і на внутрішньому розрізі. Утворення не мало чітко вираженої капсули, однак було дещо щільнішим за язик, що і дозволило чітко визначити його межі. Слід зазначити, що в ділянці сліпого отвору пухлина мала щільний тяж, спрямований вглибину кореня язика, через що виникла необхідність у поглибленні рани при його висіченні.

Операційний матеріал направлено на гістологічне дослідження.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Місцево проводилась антисептична обробка післяопераційної рани, а в межах загального медикаментозного лікування для запобігання нагноєння рани застосовувалась лише антибактеріальна терапія із розрахунку лікарських засобів на кг/маси тіла.

Шви знято на 10 добу. Рана загоїлась первинним натягом.

Результати гістологічного дослідження виявилися дещо неочікуваними: вкрите незміненою слизовою оболонкою утворення без чітких меж вросло в м'язи язика. Пухлинна тканина представлена багаточисельними круглими, овальними або полігональними клітинами з помірно щільними ядрами та відносно великими ядерцями. Клітинні елементи росташовувались тісно один біля одного з фомуванням, подекуди, суцільних полів. На тлі описаних вище клітин визначались

клітинні елементи з вираженим поліморфізмом і небагаточисельні витягнуті, веретеноподібні клітини. Весь клітинний склад локалізувався в набряклій фіброзній стромі зі значною кількістю кровоносних мікросудин (Рис. 7). Загалом така картина відповідала морфологічній будові рабдоміосаркоми.

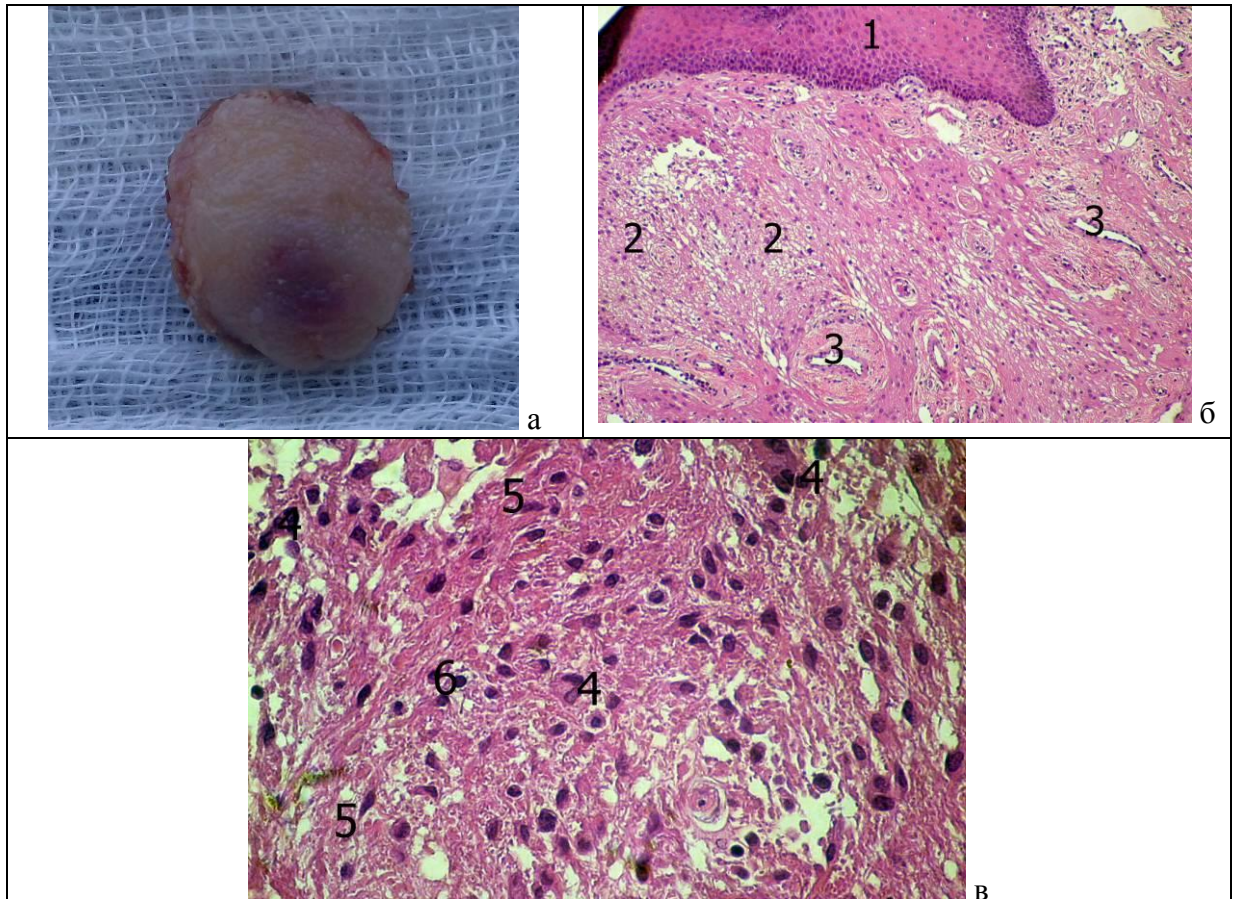


Рис. 7. Макропрепарат (а) та мікроскопічна будова (б, в) новоутворення дорсальної поверхні язика новонародженої дитини Б. Забарвлення гематоксилін-еозином: б – об. $10\times$, ок. $10\times$; в – об. $40\times$, ок. $10\times$. 1 – незмінений покривний епітелій; 2 – тканина пухлини; 3 – кровоносні судини; 4 – клітинні елементи з явищами поліморфізму; 5 – витягнуті клітини; 6 – найпоширеніші круглі клітинні елементи

Базуючись на клінічних даних та результатах морфологічного дослідження післяопераційного матеріалу, нами було поставлено заключний клінічний діагноз: рабдоміосаркома дорсальної поверхні язика.

Після загоєння рани дитина направлена в Інститут раку (м. Київ) на імуногістохімічне дослідження післяопераційного матеріалу для

верифікації гістологічного варіанту пухлини і визначення виду й обсягу подальшого лікування.

Таким чином, в черговий раз наголошуємо, що пік захворюваності на злоякісні новоутворення ЩЛД у дітей припадає на вік від 12 до 15 років, найчастіше вражаються лімфатичні вузли (як первинно, так і метастатично). В клінічній практиці все частіше виникає необхідність у проведенні комплексу сучасних, більш інформативних додаткових методів дослідження у дітей з неопластичними процесами, які, на превеликий жаль, на сьогодні залишаються не завжди доступними для більшості практичних закладів охорони здоров'я різного рівня [5, 7, 8].

За найменшої підозри на наявність проявів злоякісного росту слід більш широко використовувати забір біоптатів для попередньої верифікації пухлин, обов'язково залучати до консультативної допомоги лікарів суміжних спеціальностей, що дозволить прийняти найбільш раціональне рішення в кожному конкретному випадку.

Варто пам'ятати, що у дітей деякі злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки є дизонтогенетичного походження, тобто мають ембріональну природу, і клінічно можуть проявлятися одразу ж після народження дитини, особливо при локалізації в ділянці кореня язика.

Література

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский – М.: Медицинская литература, 2000. – 404 с.
2. Воробьев Ю.И. Внимание: онкология. Рак красной каймы нижней губы / Ю.И. Воробьев, М.И. Гарбузов // Стоматология для всех. – 2000. – № 2. – С. 42-44.

3. Лаптев П.И. Диагностика и лечение предраков красной каймы губы и слизистой оболочки органов полости рта / П.И.Лаптев, А.И.Воложин // Стоматолог. – № 11 (79). – С. 22-23.
4. Соколова Н.А. Аналіз захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки населення Полтавської області / Н.А.Соколова // Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава, 2008. – С. 327.
5. Соколова Н.А. Якість діагностики злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки / Н.А.Соколова // Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава, 2008. – С. 327-328.
6. Ткаченко П.І. Злоякісна серединна гранульома обличчя в дитини: труднощі діагностики / П.І.Ткаченко, О.В.Гуржій, С.О.Білоконь, А.М.Гоголь // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 5. – С. 35-37.
7. Ткаченко П.І. Злоякісні новоутвори щелепно-лицевої ділянки в дітей: частота, структура і проблеми ранньої діагностики / П.І.Ткаченко, К.Є.Іщейкін, С.О.Білоконь, О.В.Гуржій // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 4. – С. 52-55.
8. Федяев И.М. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / И.М.Федяев, И.М.Байриков, Л.П.Белова, Т.В.Шувалова – М.: Медицинская книга, 2000. – 157 с.